

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1942

N° 295

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Yvonne-Anne-Marie LABARRE

née le 6 juillet 1903 à Paris

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le ... 20 OCT. 1942 ... 1942

Etiologie tuberculeuse

et

traitement du pityriasis rubra pilaris

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir - Delavigne

1942

283

Nom du Candidat : **LABARRE.**

Prénoms : **Yvonne-Anne-Marie.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

LABARRE (Yvonne-Anne-Marie).

— Etiologie tuberculeuse et traitement du pityriasis rubra pilaris.
Librairie Arnette, 1942, in-8° r., 60 pages.

Th. méd. (Etat), Paris, 1942,
n°

LABARRE (Yvonne-Anne-Marie).

— Etiologie tuberculeuse et traitement du pityriasis rubra pilaris.
Librairie Arnette, 1942, in-8° r., 60 pages.

Th. méd. (Etat), Paris, 1942,
n°

LABARRE (Yvonne-Anne-Marie).

— Etiologie tuberculeuse et traitement du pityriasis rubra pilaris.
Librairie Arnette, 1942, in-8° r., 60 pages.

Th. méd. (Etat), Paris, 1942,
n°

LABARRE (Yvonne-Anne-Marie).

— Etiologie tuberculeuse et traitement du pityriasis rubra pilaris.
Librairie Arnette, 1942, in-8° r., 60 pages.

Th. méd. (Etat), Paris, 1942,
n°

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

N° _____

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Yvonne-Anne-Marie LABARRE

née le 6 juillet 1903 à Paris

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le1942

Etiologie tuberculeuse
et
traitement du pityriasis rubra pilaris

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir - Delavigne

1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique Médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
	HARVIER.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL - LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	CADENAT.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN- TANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-	
VILLARS ...	Anatomie pathologique

MM.

DE GENNES ...	Pathologie médicale.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL .	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		DE GAUDART	
CHEVALLIER.		D'ALLAINES.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
LIAN		MCURE.	
MOREAU.			
SÉZARY.			
MM.	}	Clinique obstétricale.	
ECALLE.			
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

A JACQUELINE ET DOMINIQUE

A MONSIEUR L'ABBÉ LE FLOCH

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

En témoignage de ma profonde affection.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BURNIER

Qui m'inspira le sujet de cette thèse, et me prodigua si amicalement ses conseils. Bien faible témoignage de ma gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLERC
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT
MONSIEUR LE DOCTEUR WILMOTH
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHABROL

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE
MONSIEUR LE DOCTEUR COSTE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET
MONSIEUR LE PROFESSEUR CATHALA

A MES MAITRES DE L'INSTITUT D'HYGIENE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON
MONSIEUR LE PROFESSEUR JOANNON
MONSIEUR LE DOCTEUR NAVARRE
MONSIEUR LE DOCTEUR CAMBESSEDES
MONSIEUR LE DOCTEUR CLERC

A MM. LES DOCTEURS JEAN SALLET ET CALVET

MES CONFÉRENCIERS

A MON CAMARADE ET AMI
LE DOCTEUR JACQUES MORAND

ETUDE CLINIQUE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dermatose rare, le pityriasis rubra pilaris peut débiter à tout âge, surtout pendant l'adolescence et la jeunesse.

Ce fut DEVERGIE qui en donna en 1857 la première description; mais il crut à l'existence chez un même sujet de trois dermatoses différentes : psoriasis palmaire, pityriasis rubra du corps et pityriasis capitis et ne reconnut pas qu'il s'agissait de trois localisations différentes de la même affection.

Il fut étudié par HÉBRA et KAPOSÍ sous le nom de « lichen ruber acuminatus ».

Le pityriasis rubra pilaire était autrefois une affection grave, incurable; actuellement la notion de tuberculose établie par MILIAN et GOUGEROT permet un traitement étiologique qui s'avère de plus en plus efficace, de cette dermatose rangée par eux parmi les tuberculides.

ETUDE CLINIQUE

LE DÉBUT peut se faire suivant plusieurs modalités qui diffèrent soit par le siège des lésions, soit par leur aspect et leur rapidité d'évolution. Presque toujours

chronique, lent et insidieux, le début est exceptionnellement aigu, succédant à un érythème simulant un érythème scarlatiniforme.

Tantôt le pityriasis rubra pilaire commence *par les régions palmaires et plantaires* : le premier phénomène est dans ce cas un aspect érythémateux de la paume des mains, généralement symétrique, mais pouvant être plus marqué à droite qu'à gauche.

« Cette rougeur est, dit L. BROcq, peu éclatante, d'un bistre plus ou moins foncé; elle disparaît par la pression. Assez nettement limitée aux régions palmo-plantaires, ses contours sont néanmoins assez flous et il est souvent difficile d'en déterminer les limites d'une façon précise : de teinte assez uniforme dans sa partie centrale, la rougeur bistrée s'atténue plus ou moins en se rapprochant du bord latéral des mains et se confond progressivement et sans transition nette avec les téguments sains. »

Au toucher, la zone atteinte donne une impression de sécheresse, d'épaississement : il y a parfois à ce niveau une fine desquamation adhérente. Les symptômes fonctionnels sont nuls; il n'y a à la pression ni douleur ni sensibilité.

Le pityriasis rubra pilaire peut rester *palmo-plantaire* pendant des années et même pendant toute la vie. Parfois progressivement apparaissent, en d'autres régions, des téguments, surtout aux membres du côté de l'extension, aux coudes, aux genoux, à la face dorsale des doigts, les cônes circumpilaires de la période d'état.

Tantôt, le pityriasis rubra pilaire débute *par le cuir chevelu*. Dans ce cas, apparaissent au cuir chevelu des amas squameux pityriasiques qui, sous l'influence de la séborrhée s'agglutinent en formant des croûtes jaunâtres.

Tantôt enfin, il commence sur le visage ou sur le tronc, par des placards limités ressemblant à de l'eczéma séborrhéique, ou par une poussée d'érythème scarlatiniforme desquamatif.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Dans un certain nombre de cas, c'est l'apparition des cônes cornés qui constitue le premier signe de la maladie.

On les rencontre dans toutes les régions, mais leur siège d'élection est la *face dorsale des phalanges* et des mains.

La lésion typique est la *papule* ou *cône périphilaire* : c'est une petite papule d'un rouge plus ou moins vif, tirant sur le brun, bistre exceptionnellement; tout au début ou dans les formes à marche lente, elle peut être tout à fait incolore; la coloration, quand elle existe, disparaît par la pression. Au toucher, la papule du pityriasis rubra pilaire est dure, et en passant le doigt sur la région atteinte on perçoit une sensation de rape.

La dimension des papules varie de celle d'un grain de millet à celle d'un grain de chènevis qu'elle n'atteint qu'exceptionnellement. Elles sont toujours sèches et jamais n'évoluent vers la vésicule ou la pustule : leur forme générale est acuminée avec un sommet tronqué, que recouvrent quelques petites

squames de consistance cornée, engainant un ou plusieurs poils atrophiés, recroquevillés et enroulés dans le follicule pileux. Ces papules circumpilaires d'abord isolées et discrètes augmentent peu à peu de volume et de nombre, envahissant progressivement les follicules qui les entourent, elles finissent par confluer, donnant naissance à des nappes plus ou moins étendues.

Ces nappes ou placards, en général symétriques, ont tantôt quelques centimètres de diamètre, tantôt recouvrent la presque totalité des téguments. Leur bordure est nette, mais découpée de façon irrégulière, leur couleur est d'un rouge tirant sur le jaune, cette rougeur s'efface en partie par la vitro-pressure, laissant apparaître une coloration jaune ; les papules primitives, dont la coalescence a formé la nappe ne sont plus perceptibles ; cependant un examen attentif permet parfois de remarquer autour des poils de petits points noirâtres ou squameux. Quand la surface de la nappe n'a pas été modifiée par des applications de pommade, elle est recouverte de fines squames très adhérentes psoriasiformes : aux points de frictions comme les coudes, les genoux, les squames sont lamelleuses, micacées, rappelant celles du psoriasis. Cette surface est en outre striée, les plicatures de la peau souvent exagérées y tracent un fin réseau disposé en losanges, en quadrilatère irrégulier ou en mosaïque (BESNIER).

A la périphérie des nappes érythémato-squameuses, se retrouvent en général des cônes circumpilaires

encore isolés, facilement reconnaissables, constituant la zone d'extension de la plaque. Parfois cependant elles ont perdu leur forme acuminée, se sont aplaties et sont devenues brillantes, polygonales.

Les signes fonctionnels sont nuls, il n'existe pas de prurit, l'état général reste excellent.

Cet aspect typique diffère un peu suivant les régions : au cuir chevelu et à la face, il n'existe pas de cônes circumpilaires. La peau du visage est tendue comme rétrécie, aux paupières se produit un certain degré d'ectropion; les ongles sont jaunâtres, épaissis, souvent en moelle de jonc.

Enfin, à côté de *formes frustes* de diagnostic difficile, limitées à la kératodermie diffuse palmaire ou à des plaques rouges et squameuses des coudes et des genoux entourées de quelques papules aplaties, il est des *formes aiguës* dans lesquelles la totalité des téguments prend l'aspect d'une érythrodermie exfoliante généralisée; dans le cas cité par MOUTOT et LEMAIRE, l'affection avait débuté par un prurit intense et l'éruption avait pris un aspect très proche du lichen plan.

L'ÉVOLUTION est essentiellement chronique, la dermatose progressant lentement. Elle reste parfois stationnaire. Exceptionnellement elle régresse ou même disparaît mais presque toujours pour récidiver.

Le pronostic grave du fait de la fréquence des tuberculoses viscérales terminales a été très amélioré depuis l'emploi des vaccins anti-tuberculeux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La lésion caractéristique du pityriasis rubra pilaire est l'hyperkératose de la paroi de l'infundibulum pilaire.

Il existe une hypertrophie très marquée des couches cornées et granuleuses, les lésions de la couche pilaire du derme sont réduites au minimum, les vaisseaux sont modérément dilatés, les papilles légèrement œdématisées et il existe un léger infiltrat de type embryonnaire.

ÉTIOLOGIE

A) THEORIES DIVERSES

Cette dermatose a fait naître bien des hypothèses, quant à son étiologie.

I. - Théorie héréditaire et familiale.

BESNIER, DOYON, THIBIERGE avaient affirmé que cette maladie n'était ni héréditaire ni familiale. Cependant, certains auteurs, fondant leur hypothèse sur l'observation de plusieurs cas de pityriasis rubra pilaire dans la même famille, ont soutenu la théorie de l'hérédité.

DE BEURMANN, BJTH et HEUYER rapportent l'observation de quatre malades de la même famille atteints de cette affection.

JEANSELME et BURNIER rapportent un cas de pityriasis rubra pilaire héréditaire et familial chez une enfant de cinq ans.

GOERTNER constate cette affection chez le père et le fils.

LORTAT-JACOB, FERNET et BUCQUOY signalent aussi ce caractère familial.

TOURAINE, SOLENTE, GATE et HESSE signalent sept cas de pityriasis rubra pilaire dans une même famille.

Enfin LÉVY FRANCKEL insiste aussi sur les cas familiaux de pityriasis rubra pilaire.

2. - Théorie diathésique.

Certains auteurs : BESNIER, HALLOPEAU, WICKHAM, BERNARD, affirment qu'un état séborrhéique particulier de la peau peut amener la localisation du pityriasis rubra pilaire. D'autres soutiennent le caractère infectieux et contagieux de cette affection.

3. - Théorie humorale.

Plusieurs auteurs ont fait du pityriasis rubra pilaire une réaction cutanée toxinienne. VIGNOLO LUTATI, se basant sur les altérations nerveuses, incrimine une névrite toxique primitive. Il s'agit pour TOMMASOLI et RAVOGLI d'une auto-intoxication. BENNATI RÉALE, DE AMICIS et BRÉDA en font une toxicodermie, mais n'expliquent pas la nature de cet état auto-toxique.

4. - Théorie syphilitique.

Pour SPILLMANN, il s'agit d'une manifestation d'hérédo-syphilis. Pour appuyer son hypothèse, il rapporte l'observation d'une fillette de six ans, ne présentant aucun signe de syphilis, dont le B.W. était négatif, mais dont la guérison du pityriasis rubra pilaire dont elle était atteinte fut obtenue par un trai-

tement anti-syphilitique à base d'arsenic et de mercure.

RAVAUT a également obtenu la guérison d'un enfant atteint d'un pityriasis rubra pilaire avec troubles des glandes vasculaires sanguines et léger état myxœdémateux et ichtyosique par des injections d'arsénobenzol.

5. - Théorie endocrino-sympathique.

De nombreux auteurs ont émis l'hypothèse de l'origine endocrino-sympathique du pityriasis rubra pilaire.

Pour RAMAZOTTI, il faut admettre l'existence d'un trouble de kératinisation, conséquence d'un dysfonctionnement des glandes endocrines et du système nerveux sympathique. Cet auteur base son opinion sur l'existence, dans un cas de lésions de la thyroïde, dans un autre de lésions du tissu chromaffins.

LOUSTE et JUSTER, ayant constaté chez une femme atteinte de pityriasis rubra pilaire une forte augmentation du métabolisme basal se rangent à la même opinion.

RAVAUT et RABAUT ont observé un pityriasis rubra pilaire chez une fillette présentant des troubles des glandes vasculaires avec léger état myxœdémateux.

LOUSTE, THIBAUT et LÉVY FRANCKEL, FLANDIN, admettent un état de labilité endocrinienne dû à la syphilis ou à la tuberculose éteinte d'un des générateurs, état dans lequel le caractère infectieux de la maladie causale a disparu, faisant place à une mala-

die organique sans caractère spécifique : « apéidose endocrine » (FLANDIN) qui serait une tuberculose ou syphilis héritée.

Enfin certains auteurs admettent une participation du système nerveux végétatif altéré en même temps que des troubles endocriniens.

Cependant, dans beaucoup de cas, l'opothérapie n'a amené aucune amélioration.

B) THEORIE TUBERCULEUSE

En 1906, MILIAN et GOUGEROT attirent l'attention sur la nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire. Il s'agirait presque toujours d'une tuberculose latente ou peu virulente.

Divers arguments ont été apportés pour soutenir cette théorie :

1° La fréquence de *l'origine tuberculeuse des périfolliculites*, fit songer à MILIAN à la vraisemblance de l'origine tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire qui est lui aussi une périfolliculite.

2° *Sa contagiosité*, qui se manifeste dans le pityriasis rubra pilaire familial.

3° *La similitude* de certaines formes de *pityriasis rubra pilaire* avec le *lichen scrofulosorum* qui est une tuberculose cutanée.

MILIAN présenta en juillet 1906 un jeune enfant qui avait de gros ganglions sous-maxillaires, des lésions de bronchite des deux sommets et d'autre part une

éruption étiquetée par les uns, pityriasis rubra pilaire, par les autres, lichen scrofulosorum. Le plus grand nombre optait pour le pityriasis rubra pilaire. Or à l'examen histologique, on trouvait de très belles cellules géantes dans l'infiltrat périfolliculaire, à condition de faire des coupes en nombre suffisant.

On était en présence d'un de ces faits de passage qui montrait la possibilité d'une étiologie commune du pityriasis rubra pilaire et du lichen scrofulosorum.

4° La proportion des tuberculeux est très forte chez les sujets atteints de pityriasis rubra pilaire.

L'analyse exacte des observations du mémoire de BESNIER montra à MILIAN que sur 28 observations de pityriasis rubra pilaire, dans 1 seulement, il n'est pas question de tuberculose.

Dans 24 observations, on retrouve donc, soit dans les antécédents personnels du malade, soit dans ses antécédents familiaux, une notion nette de tuberculose viscérale, ganglionnaire ou osseuse.

La tuberculose serait donc certaine dans 52,17 % des cas, vraisemblable dans 82,6 %.

La proportion des tuberculeux chez ces malades atteints de pityriasis rubra pilaire est donc très forte, bien qu'elle n'ait pas été cherchée systématiquement par BESNIER. Cette statistique vient donc confirmer l'hypothèse de l'étiologie tuberculeuse.

Ces constatations amenèrent MILIAN à essayer l'épreuve de la tuberculine chez des malades atteints de pityriasis rubra pilaire, dépourvus de toute lésion

tuberculeuse appréciable. A ce propos, il rapporte l'observation d'un malade entré le 8 novembre 1906, dans le service de BEURMANN, porteur d'un pityriasis rubra pilaire typique. L'injection de tuberculine amena chez ce malade une réaction focale intense avec exacerbation de l'éruption accompagnée de phénomènes généraux réactionnels, fièvre à 40°. Ces réactions furent suivies d'ailleurs d'une régression rapide des lésions et évolution vers la guérison. De cette *amélioration du malade par la tuberculine*, MILIAN tira un nouvel argument en faveur de l'hypothèse qu'il soutenait.

Parallèlement à MILIAN, GOUGEROT a démontré que certains pityriasis rubra pilaires étaient d'origine tuberculeuse en s'appuyant, non seulement sur l'ambiance, mais en donnant une preuve nouvelle non seulement par la fréquence des cuti et intradermo-réactions positives avec la tuberculine, mais surtout par la réaction générale et focale du pityriasis rubra pilaire à l'injection sous-cutanée de la tuberculine. En effet tels de ces malades avaient 39° et 40° de température et surtout une animation des lésions locales, rougeur, tuméfaction et saillie plus marquée des cônes cornés.

Peu après GOUGEROT ajoutait une preuve nouvelle par l'action heureuse de la thérapeutique anti-tuberculeuse.

DARIER reconnaît la nature tuberculeuse de cette affection qu'il considère comme une tuberculide péri-folliculaire, voisine du lichen scrofulosorum.

SABOURAUD trouve une analogie entre la morphologie des cônes cornés du pityriasis rubra pilaire et les cônes du lupus érythémateux, spécialement ceux du cuir chevelu.

De plus en plus, la théorie de l'étiologie tuberculeuse soutenue par MILIAN et GOUGEROT paraît la plus vraisemblable.

Quatre séries d'arguments peuvent être invoqués en faveur de l'étiologie tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire.

I. - Arguments tirés des antécédents familiaux de malades atteints de pityriasis rubra pilaire.

Chez beaucoup d'entre eux, on retrouve des parents morts ou atteints de tuberculose pulmonaire.

Dans le mémoire de BESNIER, on note :

Observation 8 : une sœur de 26 ans morte de la poitrine.

— 12 : le père mort phtisique.

— 13 : mère atteinte de bronchites habituelles.

— 17 : père délicat de santé.

— 23 : deux frères morts de méningite.

— 25 : un frère mort à 16 ans de la poitrine.

Dans le cas de COURTELLEMONT et GASTON : un oncle du malade est mort de pleurésie tuberculeuse.

Dans l'observation rapportée par PAUTRIER et HINCKY, le père est mort de tuberculose pulmonaire.

Dans le cas de WEISSENBACH et LÉVY FRANCKEL, la

malade a deux sœurs mortes de méningite, le père mort d'affection pulmonaire probablement tuberculeuse.

Dans l'observation de GOUGEROT, Jean MEYER et René COHEN, on remarque dans les antécédents familiaux, un enfant mort de péritonite tuberculeuse.

L'observation de TOURAINE, SOLENTE, GATÉ et HESSE rapporte 9 cas de tuberculose sur 17 membres de la famille sur lesquels a porté l'enquête.

Dans le cas de BEURMANN et HEUYER, le père est tousseur et la mère est morte de pleurésie tuberculeuse.

Dans le cas de Henri MALHERBE, la mère est morte de tuberculose pulmonaire aiguë.

MURERO rapporte un cas dans lequel la mère est morte de tuberculose pulmonaire.

Dans l'observation d'ELIO SECHI on note : une tante morte de tuberculose, une péritonite chez un frère et des lésions pulmonaires chez une sœur. La proportion des tuberculeux dans les antécédents familiaux chez les malades atteints de pityriasis rubra pilaire est donc élevée.

Si ces observations avaient été prises, avec l'idée préconçue de la tuberculose, en faisant une enquête minutieuse et en recherchant les moindres stigmates bacillaires, celle-ci aurait sans doute été dépistée dans une proportion bien plus grande encore.

2. - Arguments tirés de la fréquence de lésions tuberculeuses viscérales ou osseuses concomitantes décelables cliniquement chez de nombreux malades atteints de pityriasis rubra pilaire.

On note dans de nombreuses observations de pityriasis rubra pilaire la coexistence du pityriasis rubra pilaire avec une tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire parfois osseuse.

BESNIER signale par exemple l'existence de lymphatisme, de bronchite chronique, de lésions scrofuleuses de la peau.

Dans le cas de MILIAN et RIMÉ, il s'agit d'un malade de 59 ans soigné pour tuberculose pulmonaire grave avec bacilles de Koch dans les crachats; ce malade eut une éruption de pityriasis rubra pilaire et mourut rapidement de broncho-pneumonie tuberculeuse vérifiée à l'autopsie.

LORTAT-JACOB rapporte la coexistence de pityriasis rubra pilaire et de tuberculose pulmonaire avec bacilles de Koch dans les crachats et hémoptysies.

Il note aussi un cas de P R P chez un malade atteint de tuberculose linguale ulcéreuse, et chez un autre malade, la coexistence de P R P et de lupus érythémateux du cuir chevelu.

Dans l'observation de PAUTRIER et HINCKY, la malade âgée de 21 ans a une respiration rugueuse au sommet gauche à l'auscultation.

Dans l'observation de WEISSENBACH, FERNET et BOUWENS, la radiographie montre une teinte grisaille des deux sommets.

La malade de WEISSENBACH et LÉVY FRANCKEL porte des cicatrices de lésions bacillaires, gommages ou ganglions suppurés.

La malade de MILIAN et KATCHOURA présente à l'examen une légère diminution du murmure vésiculaire au sommet gauche et quelques ganglions cervicaux postérieurs.

GOUGEROT et LAFFITE présentent en 1930 le cas d'un jeune garçon de 16 ans atteint en 1927 d'adénite tuberculeuse axillaire droite et qui eut en 1929 un P R P typique.

GOUGEROT, en 1925, a présenté une fillette de 5 ans qui avait un P R P et était atteinte de luxation congénitale de la hanche et avait de nombreux ganglions disséminés.

TOURAINÉ, SOLENTE, GATÉ et HESSE, sur les sept membres de la famille, atteints de P R P, trouvent :

deux morts, l'un à 39 ans et l'autre à 44 ans de tuberculose pulmonaire, un atteint de tuberculose pulmonaire, un présentant des lésions du sommet gauche, deux atteints de tuberculose ganglionnaire.

Dans l'observation de HALLOPEAU et GARBAN, il est noté la présence d'abcès froid.

Dans le cas de DE BEURMANN et HEUYER, l'un des malades présentait des lésions tuberculeuses au sommet droit.

Le malade de COURTELLEMONT et GASTON, un enfant de 8 ans, avait un abcès froid.

La malade de MALHERBE, atteinte d'adénopathie cervicale, fait une tuberculose périarticulaire grave,

L'enfant de l'observation d'ELIO SECHI présentait une obscurité du sommet droit.

L'observation de LEIGHEB signale que le malade présentait des lésions anciennes et en activité d'infection tuberculeuse.

HUBERTO SANZ et BENIT rapportent le cas d'une enfant de 13 ans tuberculeuse qui fit une forme fruste de P R P.

Le malade de GRONA NARDI présentait des calcifications anciennes du poumon droit.

Toutes ces considérations cliniques et radiologiques postulent en faveur de la nature tuberculeuse de la maladie de DEVERGIE.

3. - Argument tiré des cuti et intra-dermo-réactions pratiquées chez des malades atteints de P R P.

Nous venons de voir dans les observations précédentes que l'infection tuberculeuse a été rencontrée dans bien des cas avec des signes de lésions tuberculeuses non douteuses, en même temps que le P R P.

Les réactions intenses à la tuberculine observées chez de nombreux malades atteints de P R P, même chez des sujets qui ne présentent pas de signes cliniques ou radiologiques de tuberculose sont un argument de plus à l'appui de la théorie de l'étiologie tuberculeuse du P R P.

L'intra-dermo-réaction et la cuti furent trouvées positives dans de nombreux cas.

Nettement positive dans le cas de MOUTON et LEMAIRE.

Positive dans le cas de LORTAT-JACOB et FERNET.

Positive dans le cas de MASSIA LEBEUF et ROUGIER.

Positive dans le cas de CORTELLA.

Fortement positive dans le cas de GOUGEROT, MEYER
et COHEN.

Positive dans le cas de TOURAINE, SOLENTE, GATÉ
et HESSE.

Positive dans le cas de WEISSENBACH et BOUWENS.

Positive dans le cas de MILIAN et KATCHOURA.

Fortement positive encore chez 3 des malades de
l'observation de DE BEURMANN et HEUYER.

Positive dans le cas de GIONA NARDI.

Chez notre malade, l'intra-dermo réaction était
nettement positive. Enfin et surtout la réaction générale et focale du PRP à l'injection sous-cutanée de tuberculine, mise en évidence par les observations de GOUGEROT apporte un nouvel argument à la théorie de l'étiologie tuberculeuse.

Cependant, dans certains cas, les résultats sont
négatifs ou douteux :

Réaction négative dans le cas de BERNARD.

Négative dans les cas de SPILLMANN, de JEANSELME
et BURNIER.

Faiblement positive dans le cas de PAUTRIER.

Ophthalmo-réaction négative dans le cas de DE BEUR-
MANN.

Mais MILIAN, à propos de ces cuti-réactions négatives, fait observer que la négativité de la cuti n'est pas une donnée suffisante pour nier la tuberculose, le malade pouvant se trouver dans une période d'anergie.

4. - Argument thérapeutique.

Dans le but de vérifier l'hypothèse de la nature tuberculeuse du P R P, il était indiqué de traiter les malades par une médication anti-tuberculeuse. Les résultats obtenus par divers auteurs furent favorables.

MILIAN, puis GOUGEROT, furent les premiers à recourir aux diverses tuberculines (vaccin de Vaudremer, antigène méthylique) et ils rapportèrent des cas de guérison du P R P.

L'or fut également employé avec succès par MILIAN; notre malade fut également guéri par la chrysothérapie.

Ces divers traitements seront énumérés au chapitre suivant.

En résumé, divers arguments d'ordre clinique et thérapeutique plaident en faveur de l'origine tuberculeuse du P R P.

Il manque cependant, pour affirmer d'une façon certaine cette origine tuberculeuse, la découverte du bacille de Koch dans les lésions et l'inoculation positive aux animaux.

TRAITEMENT

TRAITEMENT LOCAL

Si les lésions ne sont pas enflammées, on appliquera les traitements gradués du psoriasis : huile de cade ou de cèdre et surtout chrysarobine ou en cas d'échec, acide pyrogallique qui paraît avoir ici une action particulièrement heureuse.

On pourra alterner les diverses préparations, par exemple : matin et soir, lotion au sublimé à 1 0/00; la nuit, pommade au calomel ou à l'oxyde jaune; le jour, emplâtre de Vigo ou de Vidal.

Dans les cas de P R P généralisé, le glycérolé d'amidon salicylique ou tartrique est à conseiller.

Dans les formes intolérantes : le liniment oléocalcaire donne de bons résultats.

TRAITEMENT GENERAL

Certains préconisent l'arsenic (SPILLMANN) sous forme de Novar ou d'acétylarsan.

Mais c'est le traitement anti-tuberculeux qui s'avère le plus actif. Il peut s'employer sous diverses formes :

1) VACCIN DE VAUDREMER.

Plusieurs guérisons rapides furent obtenues par ce traitement. Il s'emploie en injections sous-cutanées à doses progressives de 1/2, puis 3/4 cc. par semaine, par séries de 12 injections.

GOUGEROT rapporte ainsi plusieurs guérisons et améliorations : une fillette de 5 ans (obs. VIII), un malade de 63 ans (obs. IX), un jeune garçon de 16 ans (obs. X).

Le malade de LORTAT-JACOB (obs. XI) fut également très amélioré par le Vaudremer.

2) L'ANTIGÈNE MÉTHYLIQUE DE BOQUET-NÈGRE.

Il se montre également efficace. Le malade de LORTAT-JACOB (obs. XI) fut très amélioré par ce traitement. WEISSENBACH signale également plusieurs améliorations obtenues par des injections à doses progressives d'antigène méthylique (obs. XIV et XV). Même constatation dans l'observation XIX rapportée par MASSIA.

L'extrait d'antigène méthylique s'emploie en injections sous-cutanées aux doses progressives suivantes :

a) antigène dilué : 1/4 cc., 1/2, 3/4, 1 cc.

b) antigène pur : 1/4 cc., 1/2, 3/4, 1 cc.

Chaque dose doit être répétée 5 ou 6 fois avant de passer à la dose supérieure sans dépasser 1 cc. d'antigène pur.

On continue les injections à cette dose jusqu'à amélioration suffisante ou guérison. Si au bout de quelques mois le résultat n'a pas été obtenu, on interrompt

le traitement pendant six semaines environ et on recommence une série d'injections. Les injections sont faites deux fois par semaine.

S'il se produit des réactions thermiques importantes, diminuer la dose et ne l'augmenter ensuite que très progressivement en se guidant sur la sensibilité du malade et les résultats obtenus.

3) LE TRAITEMENT PAR LA TUBERCULINE

Il peut aussi être préconisé.

On constate des améliorations par la tuberculine : malade de MILIAN (obs. III) et de MASSIA (obs. XIX).

La tuberculine CL est d'un maniement commode et permet de graduer très progressivement les doses injectées.

Technique. — La tuberculine est introduite par voie intra-musculaire, ce qui a l'avantage de ne provoquer aucune réaction locale pénible.

Posologie. — Les premières doses injectées sont de 2 ou 3 millièmes de milligramme et on s'assure que le malade n'a éprouvé aucune réaction générale à la suite de l'injection précédente avant de passer à une dose supérieure, à savoir les centièmes ou dixièmes de milligramme.

Dans la règle, on arrive au milligramme vers la 6^e ou 7^e piqûre.

Pendant la suite du traitement, on s'en tient à cette dose qu'on renouvelle jusqu'à ce que l'amélioration soit obtenue.

Le nombre d'injections est en moyenne de 10 à 20 par série. Un repos d'un mois est accordé entre chaque série.

Cependant, dans certains cas, comme chez notre malade (obs. I) le traitement tuberculinique s'avère insuffisant; il convient alors de s'adresser à la chrysothérapie.

CHRYSOTHÉRAPIE.

MILIAN rapporte le cas d'une malade atteinte de P R P complètement guérie à la suite d'injections intra-veineuses de crisalbine (obs. V).

GATÉ a constaté également une amélioration manifeste d'un cas de P R P traité par les sels d'or (obs. XXVI).

Enfin notre malade a été rapidement guéri par des injections IM d'oléochrysine (25, puis 50 mmgr. d'or par semaine).

Technique. — La crisalbine ou thiosulfate double d'or et de sodium contient 37,1 % d'or. Poudre inaltérable très soluble dans l'eau, elle est présentée en ampoules dosées de 0 gr. 05 à 0 gr. 25.

On fait 2 injections intra-veineuses par semaine en commençant par des ampoules de 0,05 de poudre cristalline diluée dans une ampoule d'eau distillée; on augmente progressivement la dose : 0,10, 0,15, 0,20, selon la tolérance du malade.

On peut aussi utiliser l'*oléochrysine* (suspension huileuse d'aurothioprepanol sulfate de calcium) en injections intra-musculaires, 2 fois par semaine une ampoule de 10 à 30 cgr. en doses croissantes.

On peut joindre à ces divers traitements, à titre d'adjuvant, l'opothérapie glandulaire; extraits thyroïdiens, ovariens ou hypophysaires suivant les cas.

OBSERVATIONS

OBS. I (*personnelle*). — G..., âgé de 13 ans, vient consulter le 30 mai 1941.

Il est atteint depuis 3 mois de lésions érythémato-squameuses généralisées siégeant : aux deux aisselles, aux faces postérieures des bras et avant-bras, à la face antérieure de l'abdomen, aux organes génitaux, à la face postérieure du thorax et aux fesses, à la face antérieure des deux jambes.

Les lésions se présentent tantôt sous la forme de placards hyperkératosiques psoriasiformes en nappes, tantôt sous la forme de petits cônes cornés, rapeux, en particulier à l'abdomen où ces cônes sont isolés et séparés par des intervalles de peau saine. La peau des mains et des pieds est épaisse, rouge, très squameuse. Les plis des phalanges sont très marqués mais on ne constate pas de cônes cornés sur la face dorsale des phalanges. La face est respectée ainsi que le cuir chevelu. Pas de lésions buccales.

Les lésions sont très prurigineuses : la mère dit que l'enfant se grattait en dormant.

L'état général du malade est satisfaisant. Il ne tousse pas.

Il n'y a pas d'antécédents tuberculeux dans la famille.

Les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn sont négatives.

Mais *l'intra-dermo réaction* à la tuberculine est fortement positive.

Cet enfant est le troisième sur 5 enfants vivants. Aucun des autres enfants ne présente de lésions analogues. Les parents et grands-parents sont également indemnes.

La biopsie faite par M. DUPERRAT montre des lésions typiques de *pityriasis rubra pilaire*.

Le malade est soumis à un traitement mixte arsénico-tuberculinique sous forme d'injections intra-musculaires de sulfarsénol et de tuberculine C L à doses croissantes (10 injections de chaque). Les lésions furent très peu améliorées.

Le 23 juillet, on eut alors recours à la chrysothérapie sous forme d'injections intra-musculaires de suspension huileuse d'aurothiopropanol sulfonate de calcium à la dose de 25, puis 50 milligrammes d'or par semaine. Dès la sixième injection, les lésions s'améliorent rapidement.

Le 27 octobre, les lésions étaient disparues, sauf quelques lésions aux aisselles et aux genoux.

OBS. II. — (Résumé des observations du mémoire de BESNIER.)

1. - *Observation de Tarral*. — Rien comme antécédent tuberculeux.
2. - *Observation I de Devergie*. — Marie X..., 16 ans, domestique. P.R.P. du cuir chevelu, de la figure et du cou. *Engorgement ganglionnaire*.
3. - *Obs. II de Devergie*. — Lospied Paul, 21 ans, entré à l'hôpital pour P. R. P. presque généralisé compliqué d'une *bronchite intense*. Il est d'un *tempérament lymphatique*.

4. - *Obs. de Thomas Hillier.* — Jeune fille de 18 ans, *tempérament lymphatique*, atteinte d'une plaie scrofuleuse du tibia gauche.
Son P. R. P. fut amélioré par l'huile de foie de morue.
5. - *Obs. de Tilbury.* — 6 et 7 obs. de Hutchinson. Rien au point de vue de la tuberculose.
8. - *Obs. de Renaut* (6^e de la thèse de Richaud). — Malade âgé de 52 ans, cocher, atteint d'un P.R.P. généralisé. *Une sœur morte à 26 ans de la poitrine.*
3 enfants morts dont l'un d'une *fluxion de poitrine*.
9. - *Obs. de Rendu* (obs. 7 de la thèse de Richaud). — Rien comme tuberculose.
10. - *Obs. de Richaud.* — Malade de 55 ans, P. R. P. du tronc et du cuir chevelu, *accidents scrofuleux* dans l'enfance. *Adénite sous-maxillaire*.
11. - *Obs. de Richaud.* — Rien au point de vue de la tuberculose.
12. - *Obs. de l'auteur* (inédite). — Jeune sujet de 18 ans atteint d'un P. R. P. à type d'érythrodermie généralisée incomplète. Sujet délicat ayant eu dans la première enfance *des gourmes intenses*. *Le père est mort phtisique*.
13. - *Obs. inédite.* — Malade de 23 ans. *Lymphatique*. Mère atteinte de bronchites habituelles.
14. - *Obs. de l'auteur* (inédite). — Rien comme antécédents tuberculeux.
15. - *Obs. de l'auteur* (inédite). — Garçon de 18 ans, peu développé, *lymphatique*.

16. - *Obs. de l'auteur* (inédite). — Enfant de 4 ans, *délicat*, début du P. R. P. à la suite d'une rougeole.
17. - *Obs. de l'auteur* (inédite). — Enfants de 4 ans et demi, *pâle et anémique*, début du P. R. P. à la suite d'une *fluxion de poitrine*. Père *délicat*.
18. - *Obs. de l'auteur* (inédite). — Femme de chambre de 21 ans, atteinte d'un P. R. P. du cuir chevelu. Quelques caractères de *lymphatisme* : *engelures*.
19. - *Obs. de l'auteur* (inédite). — Jeune fille de 12 ans, *aspect lymphatique, enfance malade*, guérie par l'huile de foie de morue.
20. - *Obs. de Vidal*. — Rien.
21. - *Obs. de l'auteur* (inédite). — Tapissier de 24 ans, ayant eu des glandes au cou dans l'enfance.
22. - *Obs.* (inédite) *communiquée par Vidal*. — Malade de 12 ans. *Scrofule* dans la première enfance sous forme d'*adénite cervicale*.
23. - *Obs.* (inédite) *communiquée par Vidal*. — L..., 23 ans. *Deux frères morts de méningite*, l'un à 3 ans, l'autre à 18 mois. Aurait souffert du froid, couchant dans le grenier d'une vieille maison dont le toit laissait libre accès à l'air. Début du P. R. P. quelques jours après.
24. - *Obs.* (inédite), *communiquée par Wickham*. — P., 28 mois. L'enfant aurait eu de la gourme à 22 mois et la mère aurait à ce moment remarqué les glandes que l'on constate encore à la nuque. *Ganglions disséminés* petits et durs.
25. - *Obs.* (inédite) *communiquée par Vidal*. — V..., 34 ans. *Un frère mort à 18 ans de la poitrine*. 8 enfants dont 4 morts en bas âge.
26. - *Obs. de Taylor*. — 27^e et 28^e obs. de César Boeck. Rien comme tuberculose.

Obs. III (MILIAN). — L... Joseph, 33 ans, maçon, porteur d'un P. R. P. typique.

On lui fait à son entrée 1/10 de cc. de tuberculine. 48 heures après, élévation thermique. Deuxième injection de 0,6 cc. de tuberculine. Le lendemain : température à 40, phénomènes généraux accentués, réaction locale très nette : toutes les plaques de P. R. P. étaient rouges vives et brûlantes; les cônes pilaires des phalanges étaient sortis en grande abondance. Le malade avait été montré le 21 par Gaucher à son cours et on avait noté alors que le P. R. P. pourtant typique ne montrait pour ainsi dire aucun cône pilaire sur le dos des phalanges. Le 22, c'est-à-dire 24 heures après l'injection de tuberculine, tous ces cônes étaient sortis et le malade devenait ainsi un type accompli de P. R. P.

Le 24, cette réaction locale s'atténua, les cônes étaient affaissés.

Le 6 décembre; le malade était nettement amélioré.

Cette réaction positive à la tuberculine prouve la nature tuberculeuse du P. R. P. En effet, il y a eu à la deuxième injection une réaction générale et une réaction locale.

C'est cette réaction locale qui donne à l'observation toute sa valeur car s'il y avait eu seulement une réaction générale on avait seulement le droit de dire que le sujet était tuberculeux, mais non que son pityriasis l'était.

La réaction locale a été très nette : rougeur vive et chaleur, apparition d'un grand nombre de cônes pilaires très saillants.

Cette réaction locale a suivi une marche parallèle à la température, elle s'est atténuée progressivement au fur et à mesure que la température tombait.

L'amélioration du malade a été telle après la tuberculine que l'on peut utiliser cette substance comme méthode thérapeutique efficace pour une maladie contre laquelle on est jusqu'alors assez désarmé.

OBS. IV. (MILIAN et RIMÉ). — Malade âgé de 59 ans, soigné depuis janvier 1925 pour tuberculose pulmonaire grave. A la suite d'une série d'injections intra-veineuses (solution renfermant du calcium, du manganèse et du potassium), fit le 1^{er} mars, une éruption de P. R. P. qui se généralise.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le 23 mai 1925, son état était très précaire : il présentait une dyspnée intense, une température oscillant autour de 39. De nombreux B. K. dans les crachats.

L'intérêt de cette observation ne réside pas seulement dans la coïncidence de la tuberculose et du P. R. P.; mais des conditions dans lesquelles s'est développée cette éruption. Il s'agissait d'un tuberculeux gravement atteint qui, à l'occasion d'une cure médicamenteuse, dans laquelle il n'entrait pas la moindre trace d'arsenic d'ailleurs, fit subitement une éruption généralisée de P. R. P. en même temps que son état s'aggravait et que l'intensité de l'infection tuberculeuse augmentait au point de produire la mort quelques jours après.

A l'autopsie, on trouva des lésions aiguës de broncho-pneumonie tuberculeuse.

OBS. V (MILIAN et KATCHOURA). — Malade de 33 ans, vient consulter pour un P. R. P. typique datant de 6 mois.

A l'examen, on trouve une diminution du murmure vésiculaire au sommet gauche et quelques ganglions cervicaux postérieurs.

L'intra-dermo réaction et la cuti sont fortement positives, accompagnées d'une inflammation locale avec rougeur et douleur si marquée que le malade n'a pas pu dormir pendant deux nuits.

On lui fait alors des injections I. V. de crisalbine : 0 gr. 10 le 13 juillet, 0 gr. 20 le 17 et 0 gr. 30 le 20 juillet. Le 22 juillet, amélioration très sensible.

On injecte alors : 0 gr. 40 le 22, 0 gr. 50 le 25, et 0 gr. 40 le 31 juillet..

Le 4 août, la malade se plaint de céphalée et la température monte à 40°. Les cônes pilaires ont disparu. On arrête le traitement, l'amélioration s'accroît et le 11 août, la guérison est complète.

Nous revoyons la malade deux mois après avec une légère récurrence.

On fait de nouveau une intra-dermo et une hypodermo réaction à la tuberculine. L'hypodermo réaction a donné une tuméfaction de 4 cm. avec halo érythémateux d'une large paume de main. Désireux de ne pas utiliser indéfiniment les sels d'or dans le traitement de ces cas, nous mettons cette malade au Vaudremer.

OBS. VI (de BEURMANN). — On soumet un malade atteint de P. R. P. à l'injection sous-cutanée de tuberculine et à l'ophtalmo réaction.

La tuberculine sous-cutanée a amené une réaction fébrile à 39, bien que la dose injectée soit de 1/10 de milligramme.

L'ophtalmo-réaction a été négative. La cuti-réaction locale positive.

OBS. VII (COURTELLEMONT et GASTON). — Marcel G..., âgé de 6 ans. L'oncle de l'enfant est mort de pleurésie tuberculeuse à 33 ans.

L'enfant a eu à l'âge de 3 ans des abcès froids de la région thoracique. L'ophtalmo-réaction a été négative mais comme le fit remarquer Milian, on ne peut tirer de conclusion car la technique est encore mal connue et chez des tuberculeux avérés cette réaction s'est montrée négative dans la moitié des cas.

OBS. VIII (GOUGEROT). — Fillette de 5 ans, envoyée par son médecin, en mai 1925, atteinte de P. R. P.

A l'examen, on trouve une luxation congénitale de la hanche et quelques ganglions disséminés. Pas d'autres signes ni antécédents de scrofulo-tuberculose.

On lui fait alors une injection par mois de 1/2, 3/4, puis 1,5 cc. de vaccin anti-tuberculeux de Vaudremer. L'injection de ce vaccin fut commencée par notre confrère le 25 mai 1925. Fin juin, une lettre de la famille annonçait que l'enfant était guérie depuis le 10 juin.

Le 3 juillet, la guérison complète était indiscutable.

Le 17 septembre, la guérison se maintenait complète.

OBS. IX (GOUGEROT, Jean MEYER et R. COHEN). — Malade de 63 ans; aucun antécédent ne permet de soupçonner la tuberculose, sauf qu'un de ses enfants est mort de péritonite tuberculeuse.

A son entrée à Saint-Louis, le 3 décembre 1929, elle présente une éruption nette de P. R. P. : cônes cornés des doigts et saillie des follicules surtout aux avant-bras, aux jambes et dans le dos.

L'éruption prend aux coudes et aux genoux un aspect psoriasiforme.

Chez cette malade, la cuti et l'intra-dermo ont été fortement positives.

Si l'intra-dermo a donné une papule banale bien que très volumineuse, la cuti-réaction a produit une lésion squameuse absolument semblable aux lésions psoriasiformes du coude.

La malade est mise au traitement par l'antigène méthylrique et le vaccin de Vaudremer.

Du 11 décembre au 6 janvier, elle a reçu 11 injections de 1/4 de cc. d'antigène méthylrique.

Puis du 8 janvier au 13 mars, 12 injections sous-cutanées de 1/4, puis 1/2 cc. de vaccin de Vaudremer.

La malade, présentée le 16 janvier, alors que les lésions étaient en pleine activité, fut de nouveau présentée très améliorée par le traitement, le 13 mars.

Sous l'influence du vaccin de Vaudremer, elle a eu à chaque injection une réaction générale sans fièvre mais avec malaise général et troubles de l'appétit, animation très nette aussi des lésions du P. R. P. qui deviennent plus rouges et surtout prurigineuses.

Puis, les lésions se sont peu à peu améliorées : les pieds et les mains restent rouges, mais les cônes exfolient. Sur la peau, tous les placards nummulaires ou confluents pâlisent, mais sont encore érythémateux et légèrement squameux, brillants et lisses mais sans cônes et le doigt n'a plus de sensation de râpe; les bords sont très brusquement arrêtés, marqués par une fine collerette d'épiderme blanchâtre.

Tous les cônes sur les placards sont tombés sauf à la face dorsale des avant-bras où il en persiste quelques-uns. Au contraire, en dehors des placards existent de nombreux cônes isolés, éparpillés, mais ils s'exfolient

facilement au grattage sans laisser d'érythème et ils paraissent ne pas se reproduire.

Il y a donc sous l'influence des vaccins une transformation très marquée des lésions.

OBS. X (GOUGEROT et LAFFITE). — Un garçon de 16 ans, atteint en 1927 d'adénite tuberculeuse axillaire droite commencé en 1929 un P. R. P. par un œdème de la main qui se généralise. Deux cures de 12 injections de Vaudremer en mai, avril et juillet amènent une amélioration très manifeste.

Il interrompt alors, ne faisant plus qu'un traitement local, l'amélioration est lente et à peine marquée. Il reprend une troisième cure de Vaudremer en mars et avril 1930 et une quatrième cure du 10 juin au 8 juillet.

Malgré l'absence de traitement local, l'amélioration se déclenche rapidement. Le 30 juin, il est presque guéri et le 27 août 1930 il est complètement guéri. La peau est normale depuis juillet, dit-il.

La preuve que le vaccin de Vaudremer est la cause de la guérison est donnée par la comparaison des trois périodes de traitement.

Première période de 5 mois : 2 cures de Vaudremer : amélioration très nette.

Deuxième période de 7 mois : arsenic et traitement local : amélioration lente.

Troisième période de 5 mois : 2 cures de Vaudremer : guérison complète.

Le vaccin de Vaudremer apparaît comme un traitement efficace de cette dermatose, mais il faut avoir la patience de répéter les cures.

OBS. XI (LORTAT-JACOB et BERGFR). — Malade de 19 ans, atteint d'un P. R. P. typique. Traité par deux injections par semaine d'antigène méthylé. Doses élevées progressivement à 1/4, 1, puis 1,1/2 cc. Amélioration très nette; aucune poussée nouvelle ne s'est produite et la rougeur très vive de l'éruption est en voie de diminution sensible, particulièrement à la face.

Ces faits montrent le rôle bienfaisant joué par cet antigène et concordent avec les faits déjà signalés qui tendent à faire rentrer le P. R. P. dans le groupe des tuberculides.

OBS. XII (LORTAT-JACOB, FERNET et BUCQUOY). — Malade atteint d'un P. R. P. de diagnostic évident. On relève 5 cas de P. R. P. dans sa famille : la mère âgée de 50 ans en est atteinte, le frère âgé de 10 ans est lui-même traité à Saint-Louis pour la même affection; un oncle et une tante maternelle présentent la même lésion cutanée. Le malade semble indemne de toute lésion tuberculeuse. Le B. W. est négatif. La réaction à la tuberculine a été positive.

OBS. XIII. (TOURAINE, SOLENTE, GATÉ, HESSE). — Sur 6 enfants, on trouve dans cette famille 4 cas de P. R. P. et 5 cas de tuberculose pulmonaire. A la deuxième génération, 3 cas de P. R. P.

2 sont morts de tuberculose pulmonaire ou péritonéale.

2 sont atteints de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire.

Devant ces faits nous serons disposés à admettre le rôle de la tuberculose dans l'étiologie du P. R. P. : Nous trouvons 9 cas de tuberculose sur 17 membres de la famille sur lesquels a porté l'enquête :

Anna P... — Obscurité respiratoire marquée au sommet gauche, submatité, toux persistante.

Son fils *Etienne* en traitement pour P. R. P. présente des poussées thermiques. Réaction très nette à la tuberculine. Cliniquement et radiologiquement, infiltration du sommet gauche. *Le troisième enfant, Noël*, âgé de 12 ans, soigné pour un P. R. P. dans le service de Lortat-Jacob, en 1930, présente de nombreuses adénopathies axillaires et inguinales.

Louis P..., atteint de P. R. P., mort à 44 ans de tuberculose pulmonaire, *une fille* morte de tuberculose pulmonaire.

Henri P..., infirmier présentant une forme grave de P. R. P. est mort sans enfant, à 36 ans, de tuberculose pulmonaire.

Marie P..., morte à 40 ans, de tuberculose pulmonaire. *Un enfant* mort à 18 ans de tuberculose pulmonaire.

Marianne P..., P. R. P. A la radio : volumineuse masse ganglionnaire hile droit.

OBS. XIV (WEISSENBACH, FERNET et BOUWENS). — Ch... Jean, 44 ans. Radio : grisaille des deux sommets.

Cuti-réaction à la tuberculine papuleuse.

Intra-dermo-réaction à la tuberculine, forte réaction érythémateuse.

Vernes Résorcine faiblement positif permet de suspecter la tuberculose chez ce malade atteint de P. R. P.

La réaction de Besredka fut aussi positive.

Le malade est amélioré par les injections d'antigène méthylique.

OBS. XV (WEISSENBACH et LÉVY-FRANCKEL). — L... Jeanne, âgée de 46 ans. A l'examen on trouve dans la région cervicale des cicatrices déprimées blanchâtres et

gaufrees ayant l'aspect de lésions bacillaires éteintes gomme ou ganglions suppurés.

Deux sœurs sont mortes de méningite. Le père est mort de tuberculose. La malade est améliorée par l'antigène méthylique.

OBS. XVI (de BEURMANN et HEUYER). — 4 cas de P. R. P. Le père est toussueur, la mère a eu une pleurésie tuberculeuse. L'un des malades présente des lésions tuberculeuses du sommet droit. Chez trois, l'intra-dermo-réaction est très nettement positive; pour un, il s'est développé localement un véritable élément d'érythème nouveau analogue à ceux décrits par Chauffard et Jean Troisier.

OBS. XVII (PAUTRIER et HINCKY). — Marie M., âgée de 24 ans, employée de bureau, atteinte de P. R. P., présente une respiration rugueuse du sommet droit.

Le père est mort de tuberculose pulmonaire à 30 ans.

OBS. XVIII (MOUTOT et LEMAIRE). — L., malade dont le P. R. P. a débuté par un prurit intense; traité par l'autohémothérapie. Rien de particulier dans les antécédents.

La cuti-réaction à la tuberculine n'a pas donné de résultat net.

L'intra-dermo réaction a été très positive.

OBS. XIX (NICOLAS, MASSIA, LEBEUF et ROUGIER). — Malade de 61 ans qui, en 1931, présenta un P. R. P. généralisé. Les examens en vue de déceler la tuberculose ont été effectués.

Déviati on du complément + 1.

Séro-diagnostic tuberculeux + 1/5, + 1/10 + 1/20 + 1/30 — 1/40.

Cuti-réaction et intra-dermo à la tuberculine à 1/5000 très +.

Nous avons pratiqué aussi une biopsie et une inoculation de sang et de fragment de peau au cobaye. Rex.

Le malade est traité par la tuberculine et l'antigène méthylique.

OBS. XX (HALLOPEAU et GARBAN). — W... Isaac, 13 ans, P. R. P. typique.

Aucun signe de tuberculose en activité, mais on constate à l'avant-bras droit une cicatrice déprimée et adhérente à l'os sous-jacent, consécutive dit l'enfant à un abcès froid. Il y a donc là un stigmate de tuberculose.

OBS. XXI (Henri MALHERBE). — Malade âgé de 45 ans, P. R. P., présence d'une adénopathie cervicale.

Mère morte peu après la naissance de notre malade, de tuberculose pulmonaire aiguë.

Dans le cas de cette malade, les poumons sont restés indemnes jusqu'à la fin, par contre nous avons vu évoluer une tuberculose articulaire et péri-articulaire des plus grave.

OBS. XXII (GJONA NARDI). — Homme de 54 ans atteint d'un P. R. P. depuis un an, localisé à la tête, au cou, au thorax, à l'abdomen, aux membres supérieurs et inférieurs.

B. W. négatif. Cuti et intra-dermo réaction à la tuberculine très positives.

Radiographie : calcifications anciennes poumon droit

Il semble donc s'agir d'une forme latente de l'infection tuberculeuse.

OBS. XXIII (Huberto SANZ et BENITZ). — Enfant de 13 ans, tuberculeux, qui présente une forme fruste de P. R. P.

OBS. XXIV (Elio SECHI). — Enfant de 5 ans atteint de P. R. P. Aspect lymphatique.

La cuti-réaction à la tuberculine est très positive.

Radio : obscurité du sommet droit. Les lésions du P. R. P. sont très améliorées à la suite d'une cure à la montagne.

OBS. XXV (LEIGHEB). — Homme de 36 ans atteint de P. R. P. et qui présente des lésions anciennes et en activité d'infection tuberculeuse.

OBS. XXVI (GATÉ, PÉTOURAUD et BONDET). — Malade de 56 ans, présente un P. R. P. Son état général est bon.

Bien que ni la clinique ni le laboratoire ne puissent permettre de penser à la nature tuberculeuse de l'affection, un traitement par les sels d'or est préconisé et amène une amélioration manifeste du P. R. P.

CONCLUSIONS

Le *pityriasis rubra pilaris* de DEVERGIE est une affection rare caractérisée essentiellement par une papule cornée péripilaire, conique, dure, isolée ou agminée en placards squameux, donnant à la main qui frôle, la sensation de râpe.

Les lésions sont plus marquées aux avant-bras, aux coudes, à la face dorsale des mains et des phalanges, au cuir chevelu, aux paumes des mains où l'épiderme épaissi et fissuré est rouge bistre. Plus rarement atteints sont le tronc, la face et les ongles.

Cette affection apparaît surtout dans l'enfance et l'adolescence; son évolution est chronique, lente, pouvant durer toute la vie.

Sa nature est demeurée obscure jusqu'en 1906, époque à laquelle MILIAN et GOUGEROT attirèrent l'attention sur l'origine tuberculeuse possible de la maladie.

Cette théorie se basait sur divers arguments :

— la fréquence de l'origine tuberculeuse des péri-folliculites (MILIAN);

— la contagiosité du P R P qui se manifeste dans le P R P familial (MILIAN);

— la ressemblance de certaines formes de P R P avec le lichen scrofulosorum;

— la coexistence fréquente d'autres lésions tuberculeuses chez les malades atteints de P R P;

— la fréquence des cuti et intradermo-réactions positives avec la tuberculine et surtout la réaction générale et focale du P R P à l'injection sous-cutanée de tuberculine (GOUGEROT);

— enfin la guérison du P R P par une médication antituberculeuse appropriée (GOUGEROT).

Divers traitements antituberculeux ont été préconisés avec de bons résultats dans le P R P : l'arsenic seul ou associé; diverses tuberculines : vaccin de Vaudremer, antigène méthylique de Nègre et Boquet, la tuberculine CL, etc.; aurothérapie, soit en injections intra-veineuses de sels solubles, soit en injections huileuses intra-musculaires.

Nous rapportons l'observation d'un enfant de 13 ans atteint de P R P généralisé qui ne fut que très peu

amélioré par les arsenicaux associés à la tuberculine CL, mais qui guérit complètement par les injections intra-musculaires d'or (aurothiopropanol sulfonate de calcium).

VU : *Le Doyen*,
A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse*,
GOUGEROT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.



BIBLIOGRAPHIE

- BESNIER. — *Mémoires*. Observations pour servir à l'histoire clinique du P R P de Devergie. (*Annales de Dermat.*, 1889, pp. 253-287.)
- BEURMANN (DE) et HEUYER. — Un cas de P R P. (*Ann. de Dermat.*, 1910, p. 609.)
- DARIER. — *Précis de Dermatologie*, pp. 483-486.
- DESAUX et BOUTELLIER. — *Manuel de Dermatologie*, p. 838.
- GATÉ, PÉTOURAUD et BONDET. — Un cas de P R P. (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, t. 48, n° 10, décembre 1941.)
- HALLOPEAU et GARBAN. — *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1907, p. 310.
- GOUGEROT. — *La dermatologie en clientèle*, pp. 178-183.
- Tuberculoses cutanées atypiques non folliculaires. (*Rev. de la Tub.*, août 1908, n° 4, p. 345; octobre n° 5, p. 432, déc. n° 6.)
- Bacillo tuberculeuse non folliculaire. Etude historique analytique synthétique, clinique anatomique et expérimentale des réactions non folliculaires des tissus au bacille de Koch. (*Thèse Paris*, 23 décembre 1908.)
- Guérison d'un cas de pityriasis rubra pilaris après injection de vaccin anti-tuberculeux de Vaudremer. (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 12 novembre 1925, n° 5, p. 374.)

- Pityriasis R P avec intradermo-réaction à la tuberculine positive (avec Jean Meyer et René Cohen). (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 16 janvier 1930, n° 1, p. 109.)
- Pityriasis R P transformation des lésions, chute des cônes sous l'influence du vaccin de Vaudremer (avec Jean Meyer et Cohen). (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 13 mars 1930, n° 3, p. 348.)
- Encore un cas de guérison de P R P par les vaccins de Vaudremer (avec Lafitte). (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 13 nov. 1930, n° 8, p. 1168.)
- LORTAT JACOB. — *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1935, p. 270 et 1925, p. 375.
- LORTAT JACOB, FERNET et BUCQUOY. — P R P familial. (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1930, p. 653.)
- LORTAT JACOB et BERGER. — *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1924, p. 495.
- LEIGHEB. — Contribution à l'étude du P R P. (*Ann. de Derm. Syphil.*, n° 6, juin 1934, p. 214.)
- MILIAN. — Nature tuberculeuse du P R P. (*Ann. de Dermat.*, 1906, p. 1067.)
- MILIAN et KATCHOURA. — P R P guéri par la crisalbine. (*Bull. Soc. Franç. de Dermat.*, 1933, p. 1400.)
- MILIAN et RIMÉ. — P R P chez un tuberculeux. (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1935, pp. 269-273.)
- MALHERBE (Henri). — P R P. (*Ann. de Dermat.*, 1921, p. 347.)
- MOUTOT et LEMAIRE. — P R P ayant débuté par un prurit intense. (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1930, pp. 315 et 455.)
- NARDI (Giona). — Contributio allo studio della etiologica della pityriasis rubra pilaris de Devergie. (*Giornale Italiano di Dermatologia*, 1933, pp. 983-1001.)

- NICOLAS, MASSA, LEBEUF. — Cas d'un P R P amélioré par l'antigène Boquet-Nègre. (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1932, p. 839.)
- PAUTRIER et HINCKY. — *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1926, p. 271.
- SECHI (Elio). — *Archives Ital. de Dermat.*, 1933, p. 85.
- TOURAINÉ. — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, P R P 12094.
- TOURAINÉ, SOLENTE, GATÉ et HESSE. — Sept cas de P R P dans une famille. (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1932, p. 662.)
- WEISSENBAACH, FERNET et BOUWENS. — P R P. (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1937, 4 novembre, p. 110.)
- WEISSENBAACH et LÉVY FRANCKEL. — *Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 1937, p. 1471.

TABLE DES MATIÈRES

ETUDE CLINIQUE.....	9
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	14
ETIOLOGIE :	
A) Théories diverses.....	15
1. Théorie héréditaire et familiale.....	15
2. Théorie diatésique.....	16
3. Théorie humorale.....	16
4. Théorie syphilitique.....	16
5. Théorie endocrino-sympathique.....	17
B) Théorie tuberculeuse.....	18
1. Arguments tirés des antécédents familiaux.....	21
2. Arguments tirés de la fréquence de lésions tuber- culeuses viscérales ou osseuses.....	23
3. Argument tiré des cuti et intra-dermo-réactions..	25
4. Argument thérapeutique.....	27
TRAITEMENT LOCAL.....	29
TRAITEMENT GÉNÉRAL.....	29
OBSERVATIONS.....	35
CONCLUSIONS.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	55

